

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 avril 1899, à 1 heure

Par AUGUSTE MANADÉ

Né à Cazères-sur-Garonne (Haute-Garonne) le 4 septembre 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES CYLINDROMES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. BLUM, professeur.
HUMBERT et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

306

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 avril 1899, à 1 heure

Par AUGUSTE MANADÉ

Né à Cazères-sur-Garonne (Haute-Garonne) le 4 septembre 1872.

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE

DES CYLINDROMES

Président : M. TIL LAUX, professeur.

*Juges : { MM. BLUM, professeur.
HUMBERT et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pat ologie médicale	HUTINEL.
Pa ologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Hi stologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale. :	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUD.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

Chirurgien des hôpitaux

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PARRAIN ET A MA MARRAINE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR F. TOIGNE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES CYLINDROMES

AVANT-PROPOS

Au mois de juillet dernier, entrant dans le service de M. le Dr Bazy, à l'hôpital Saint-Louis, un malade atteint d'une volumineuse tumeur de la région parotidienne gauche. M. Bazy en fit l'ablation complète. La pièce portée à la Faculté, fut classée par MM. Brault et Decloux, après examen histologique, dans cette catégorie de néoplasmes connus sous le nom de cylindromes, et qui, pour Malassez, sont des *épithéliomes alvéolaires à envahissement myxomateux*.

Sur les conseils de M. Bazy, il nous a paru intéressant de prendre cette observation pour sujet de notre thèse.

Nous n'avons pas cru devoir nous borner exclusivement à faire une étude anatomo-pathologique de la question en comparant, à ce seul point de vue, notre observation à celles qui ont été déjà publiées depuis le travail de Malassez. Nous avons estimé que cette tâche était un peu au-

dessus de nos aptitudes, faute de technique suffisante pour cette étude microscopique.

Par contre, il nous a semblé non moins digne d'intérêt d'insister particulièrement sur le côté clinique de ces néoformations.

On sait en effet que les cylindromes sont d'une malignité relative, ils récidivent moins souvent que les autres épithéliomes franchement malins, en outre leur généralisation est plus rare.

Il découle de ces constatations de précieuses indications au sujet du pronostic et du traitement de ces tumeurs. C'est ce que nous avons surtout essayé de mettre en lumière.

Nous nous empressons de dire que notre prétention n'est pas d'avoir traité à fond cette étude clinique. D'autres plus autorisés pourront certainement faire œuvre plus complète. Notre ambition sera amplement satisfaite, si nous avons apporté une observation nouvelle venant confirmer ce que nos devanciers avaient déjà établi.

Mais avant d'aborder la question, nous tenons par dessus tout à nous acquitter d'un devoir.

Au terme de notre carrière d'étudiant, ce n'est pas sans reconnaissance que nous quittons les maîtres qui ont dirigé notre éducation médicale.

Nous n'avons pas oublié nos premières années passées à la faculté de Toulouse. Auprès des docteurs Mesnard, Bézy, Audry, Morel, nous avons puisé un précieux enseignement clinique.

A notre arrivée à Paris, nous avons eu l'honneur de suivre la clinique de M. le professeur Cornil à l'Hôtel-

Dieu, celle de M. le professeur Potain à la Charité ; les savantes leçons de ces maîtres ont laissé en nous un souvenir ineffaçable.

Tous nos remerciements à MM. les docteurs Bonnaire et Lepage dont nous avons suivi les services d'accouchement à Lariboisière et à la Pitié.

Nous devons une mention spéciale, à M. le docteur P. Bazy, qui, dès notre arrivée à Paris, s'est si obligeamment mis à notre disposition. Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour l'aménité avec laquelle ils nous reçut à l'Hôpital Tenon et à l'Hôpital Saint-Louis, où nous avons hautement apprécié son enseignement clinique.

Nous ne manquerons pas non plus de remercier vivement MM. les docteurs Brault, Letulle et Decloux qui nous aidèrent de leurs conseils et de leur science. Qu'il nous soit permis, en terminant, d'offrir à M. le professeur Tillaux qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, l'hommage de notre modeste travail.

CHAPITRE I

Henle, en 1845, signale pour la première fois, une variété de tumeurs à laquelle il donne le nom de syphonome. Cependant, Malassez hésite à classer ces néoplasmes parmi les cylindromes, bien qu'ils soient en apparence identiques à ceux-ci.

De 1845 à 1848, divers auteurs, Rokitansky, Engel, Bruch, Kam, publient des cas analogues. Rokitansky croit que les siens sont des syphonomes. Mais, il semble véritablement que seules les observations de Bruch, peut-être même celles de Engel, puissent être des cylindromes. Kam, au contraire, aurait eu affaire à un cancer téléangiectasique.

Puis il se fait sur cette question un silence complet, et ce n'est guère qu'en 1853, en France d'abord, un peu plus tard en Allemagne qu'on reprend cette étude. A cette époque, en effet, jusqu'en 1856, Robin, Laboulbène, Lorain, Macé, citent 4 cas de tumeurs hétéradéniques, à corps oviformes, qui sont des cylindromes à proprement parler.¹

En Allemagne paraissent bientôt les travaux de Busch et Graefe, leurs observations semblent bien se rapporter à des cylindromes. C'est alors que Bilroth qui examine ces divers cas, crée le nom de cylindrome.

De 1857 à 1858 Wolkman, Fœrster, Maier ajoutent de nouveaux faits à l'histoire de ces tumeurs.

En 1860, Wagner publie deux autres observations. De 1863 à 1866, Mathan, dans sa thèse, Ordonez, dans une communication à l'Académie des sciences, signalent un certain nombre de cas. C'est en 1866 que Virchow, sans apporter aucune autre observation, parle à plusieurs reprises de cette variété de néoplasmes. Il conclut que les cylindromes de Bilioth sont des néoformations de nature très diverses. Malassez, dans son étude, contredit cette assertion.

Dans les années suivantes, Friedreich, Tommasi, Graefe, Grohe, Lucke, Bœttcher, Köster s'occupent de cette question.

Rinck, en 1867, cité par Rudnew, (1) aurait observé trois cas de cylindrome : le premier localisé au pénis, le deuxième au col de l'utérus, le troisième à la mamelle. La citation étant trop écourtée, Malassez ne croit pas devoir se prononcer sur ces trois observations. Viennent ensuite les travaux de Steudener, Waldeyer, Kocher, Neumann. Les tumeurs décrites par Czerny en 1869, par Birch Hirschfeld en 1871, par Jaffé en 1874, ne paraissent pas être des cylindromes. Il est cependant difficile de classer le cas de Pagentescher (2).

Toutefois Rustizky, Sattler, publient des faits qui peuvent être rangés dans cette catégorie.

1 Canstatt 's Jahr 1867. p. 239.

2. Pagentescher *Beitrag zur Geschwulstlehre* (ann. Virchow).
Voir index bibliographique,

Sur les 9 observations de Friedlander, en 1876, 7 sont véritablement des cylindromes. Les deux cas d'Ewetsky méritent ce nom également ; on ne peut, en revanche, être aussi affirmatif sur celui de Heschl de Ganguillet (1).

En 1872 Kolaczek écrit deux mémoires sur l'angio-sarcome, néoformation qui serait, selon lui, de nature conjonctive et d'origine vasculaire. Il veut faire rentrer dans cette classe tous les cas de cylindromes et de syphonomes. Mais les cylindromes types ne sont pas de nature conjonctive, ni d'origine vasculaire. Il est donc impossible d'admettre cette assimilation.

Les tumeurs observées par Maurer et Mac-Carthy en 1880 ne méritent pas non plus de prendre place dans la variété qui nous occupe. La même remarque s'applique à une observation de Butlin publiée l'année suivante. Il s'agissait d'un néoplasme développé au creux poplitée chez un jeune homme de 19 ans avec noyaux secondaires en d'autres parties du corps. Il y avait en récidive après opération.

Enfin en 1883, Malassez dans un mémoire très documenté, reprend la question. Il analyse minutieusement toutes les observations parues jusqu'à ce jour sous le nom de cylindre. Sa conclusion est que seuls méritent le nom de cylindromes *les épithéliomes alvéolaires à envahissement myxomateux*.

Depuis cette savante étude qui met les choses au point de nombreux cas de cylindromes sont publiés soit en

1. Cyl. de l'extrémité inf. de la moelle inf. petite fille de 12 ans, (Dissert inaug. Berne 1877).

France, (1) soit à l'Etranger. Cependant les idées de Malassez ne sont pas admises sans conteste, et divers auteurs, tout récemment encore M. Curtis (2) de Lille, se déclarent partisans des théories allemandes qui ne voient pas dans les cylindromes des tumeurs de nature exclusivement épithéliale. Mais en nous basant sur les observations que nous publions il nous paraît jusqu'ici que le dernier mot doit rester à Malassez. Nous pensons donc que, jusqu'à nouvel ordre, les cylindromes méritent d'être considérés comme des épithéliomes.

1. Voir Thèse de Thiery. Lille, 1888.

2. Curtis et Phocas. *Archives provinciales de médecine*, 1^{re} fascicule, 1899.

CHAPITRE II

Nous avons vu que Malassez conservait l'épithète de cylindrome, créée par Bilioth, pour désigner une variété de tumeurs qu'il définit ainsi : *Epithéliomes alvéolaires à envahissement myxomateux*.

Avant d'aborder l'étude clinique de ces néoplasmes nous allons exposer en quelques lignes les caractères macroscopiques et histologiques qui les distinguent.

Les cylindromes, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ont un volume variable.

Ils sont généralement entourés d'une capsule conjonctive. Si l'on pratique une coupe, l'aspect macroscopique diffère assez, suivant les cas. Le plus souvent, on aperçoit des travées d'apparence fibreuse qui subdivisent la masse totale en lobules; le tissu compris entre ces lobules est tantôt blanc, dur, sans suc, tantôt mou, encéphaloïde, plus ou moins riche en vaisseaux, tantôt adénoïde, tantôt franchement colloïde. Il arrive que dans une même tumeur les lobules sont très variables dans leur disposition. Parfois, on trouve au centre les parties fibreuses; on peut les voir également occuper tout un côté de la tumeur.

Cette variété trouve une explication aisée dans les différences de structure que l'on observe. Le stroma est,

soit fibreux, soit myxomateux ; les amas cellulaires sont plus ou moins abondants par rapport au stroma ; l'envahissement myxomateux du stroma est plus ou moins marqué. Eh bien, si nous avons d'une part un stroma fibreux avec des amas cellulaires peu abondants, nous avons un tissu squirrheux. Au contraire, s'il y a transformation muqueuse du stroma et envahissement myxomateux des amas épithéliaux, nous avons un aspect colloïde.

Voici maintenant, d'après l'étude si concise de Malassez, comment il convient d'interpréter l'examen histologique.

Nous remarquons d'abord un stroma conjonctif fibreux avec ou sans transformations hyalines.

Puis des amas cellulaires de formes variées :

Ce sont des cylindres plus ou moins ramifiés et anastomosés, des masses alvéolaires, placées parmi des travées conjonctives, qui parties de la paroi se ramifient et se subdivisent à l'intérieur de ces masses.

Enfin, comme caractère tout à fait particulier, à l'intérieur de ces masses cellulaires se rencontrent des productions transparentes également de formes variées ; « cylindres, réseaux, massues, boules, qui tantôt sont complètement hyalines ou très finement granuleuses, tantôt fibrillaires et contiennent des cellules rondes, des cellules étoilées et parfois des vaisseaux (1) ».

De quelle nature sont ces amas cellulaires ? On a fait à cette question des réponses variées. Les uns les croient de nature conjonctive, pour les autres ils sont sarcoma-

1. Malassez. *Archives de physiologie*, 1883.

teux, d'aucuns pensent qu'ils sont muqueux, certains cartilagineux. Enfin il y a ceux qui en font des amas épithéliaux. Il y a là un problème délicat à résoudre. En effet l'origine de ces cellules est très discutable, à peu près impossible à établir. Leur forme trompe car elle est très rarement caractéristique. Mais il y a cependant des observations où ces formes sont plus différenciées. Telles sont, par exemple, ces cavités tapissées de cellules cylindriques, couche manifestement épithéliale. Puis comme il existe des formes intermédiaires entre cet exemple si net et ceux qui le sont moins, on peut conclure que la néoformation tout entière est de nature épithéliale.

Pour expliquer la nature des formes hyalines les divergences d'opinion ont été tout aussi grandes. On en a fait : des ovules de parasites, des éléments hétéromorphes, des produits de sécrétion cellulaire, des cellules dégénérées, un stroma conjonctif transformé, des vaisseaux modifiés, des productions cartilagineuses muqueuses hyalines.

Mais, que l'on trouve dans les cylindromes types des parties claires qui sont des transformations muqueuses du stroma conjonctif, ou des vaisseaux, ou des produits de sécrétion ou de dégénérescence épithéliale, ou des nodules cartilagineux, ce sont des parties accessoires, elles peuvent manquer dans de véritables cylindromes. Les formations hyalines typiques sont bien différentes. Elles émanent du stroma, de plus par leur structure, leur morphologie, elles indiquent qu'elles sont bien des végétations conjonctives se rapprochant du type muqueux. Il ne faut pas voir là des vaisseaux devenus muqueux,

plus ou moins complètement transformés, mais au contraire des végétations muqueuses qui se sont vascularisées. En effet les formations les plus récentes, les végétations qui commencent à apparaître, ou mieux encore les extrémités de celles qui sont encore à un stade plus avancé, ne possèdent pas de vaisseaux. Tels sont les cylindromes vrais.

« La nature de ces tumeurs paraît nettement établie, quand on soumet les coupes à la coloration par la thionine, qui fait une élection très nette sur les masses ovoïdes du tissu conjonctif muqueux. Ces masses sont colorées en rose vif, tandis que les cellules avoisinantes conservent une coloration bleu intense. Sur certaines préparations on voit des tubes épithéliaux affectant la disposition des conduits excréteurs des glandes, entourés par une membrane de tissu conjonctif formant gaine et présentant une coloration identique à la précédente. Il paraît certain, d'après cela, que les parties roses sont bien des dépendances du tissu conjonctif, les éléments repoussés par ces masses, paraissent au contraire nettement épithéliaux. »

CHAPITRE III

Les cylindromes se présentent à la vue sous des aspects divers.

Tantôt la tumeur est de forme arrondie, régulière, sensiblement sphérique, comme dans notre observation par exemple. Tantôt, et plus souvent même, la masse est lobulée. La tumeur peut être unique, il est cependant des cas où, à côté d'un noyau plus ou moins volumineux, on trouve un ou plusieurs noyaux plus petits (Observation de Poncet). Il est rare de rencontrer des cylindromes sous l'apparence d'ulcérations cutanées (1), qui rappellent par leur aspect et leur marche les cancroïdes de la face. Mais, la plupart du temps, ce sont des tumeurs proprement dites qui se sont ulcérées tardivement. Malassez, suppose également, que, dans le cas d'ulcération, la néoformation naîtrait et se développerait dans l'épaisseur même de la peau, tandis que dans le cas de tumeur le point de départ serait le tissu cellulaire sous-cutané ou les parties profondes.

Le volume de ces néoplasmes est des plus variables, on en voit qui ne dépassent pas celui d'une fève, d'une

1. Cas de Pagenstecher. Cas de Wolkmann.

noix ; d'autres atteignent la grosseur d'un œuf, du poing, voire d'une tête de fœtus.

Dans le plus grand nombre d'observations, nous remarquons que les cylindromes semblent avoir la face pour siège d'élection. Cette localisation paraît si exclusive à Malassez, que cet auteur, se demande si les cas signalés par divers observateurs dans d'autres régions, sont des cylindromes à proprement parler. Il fait cependant une exception pour le troisième cas de Lucke (1). Nous trouvons donc à la face, par ordre de fréquence : le maxillaire supérieur, l'orbite, le maxillaire inférieur, les lèvres, les fosses nasales, les joues, la parotide, la dure-mère, le cuir chevelu. La raison de ce siège serait peut-être dû à la grande quantité de tissu épithélial qui se trouve à cette partie du corps.

En effet, les glandes sont nombreuses à la peau ; les cavités anfractueuses sont multiples ce qui dénote des surfaces muqueuses très étendues.

Il y a aussi de grandes chances pour que l'on rencontre des débris épithéliaux fœtaux ; n'y en a-t-il pas, du reste, de constants (*glande pituitaire, débris de follicules dentaires*) ? (Malassez).

Il est plus difficile d'expliquer l'envahissement par le tissu muqueux. Toutefois, aux endroits où le cylindrome se montre le plus souvent (orbite, maxillaires) il existe à l'état normal « de véritables combinaisons de néoformations épithéliales et myxomateuses » (2). N'avons-nous pas

1. Cylindrôme du 5^e métacarpien.

2. Malassez, *Archives de Physiologie*, 1883.

dans l'orbite, le corps vitré qui paraît être un bourgeon muqueux parti du mésoderme et s'infiltrant entre la future rétine et le futur cristallin, c'est-à-dire entre deux productions qui à cette époque sont nettement épithéliales ! Aux maxillaires, il y a les organes adamantins, avec leur pulpe d'apparence myxomateuse si intimement unis aux feuillets épithéliaux de ces organes qu'on le considère comme étant de nature épithéliale.

« On pourrait donc dire que les malformations épithéliales pathologiques de la face ont, tout comme les normales, une tendance à se compliquer de productions myxomateuses ; les cylindromes ne seraient alors qu'une des manifestations de cette tendance régionale ». Malassez.

En ce qui concerne les localisations des cylindromes en dehors de la face, nous croyons utile, en tenant compte des réserves de Malassez, de signaler divers cas publiés par les auteurs (1). Nous trouvons, dans l'observation de Poncet, des tumeurs développées dans la région dorsale. Paquet et Hermann en ont rencontré au périnée. Citons le cas de Neumann (cylindre de la mamelle) celui de Friedlander (cylindre de la vulve). Waldeyer parle d'un testicule envahi par un néoplasme de ce genre. D'autre part Hermann aurait vu un cylindre de la glande de Mery sans récurrence après plus de deux ans. Il nous paraît intéressant d'ajouter enfin une observation de cylindromes de la vessie (2). Mais nous tenons à le répé-

1. Thèse de Thiery (Lille.)

2. Thèse de Pasteau. Voir index bibliographique.

ter nous ne nous portons pas garants de l'authenticité de ces prétendus cylindromes. Nous laissons, à d'autres plus autorisés, le soin de revoir ces observations et d'établir si oui ou non la règle de Malassez est absolue.

D'une façon générale, ces néoformations n'ont pas une marche très rapide, mais comme nous le verrons plus loin, cette marche est progressive. Nous croyons cependant intéressant de rappeler que dans notre observation, la tumeur grosse comme une noisette dans les premiers jours atteignit au bout d'un an le volume des deux poings.

Pendant longtemps, en effet, la tumeur maintenue dans son enveloppe conjonctive se contente de refouler les tissus environnants. Cette gangue fibreuse est moins perméable aux cellules infectantes, que le tissu conjonctif normal. Toutefois, cette constitution particulière ne persiste pas indéfiniment. Il peut se produire à un terme plus ou moins variable, une généralisation caractérisée soit par le développement de noyaux plus petits autour de la masse primitive (1), soit par l'apparition de noyaux dans divers points de l'organisme à une distance plus grande de la masse principale. Tel est le premier cas de Förster, où nous trouvons des nodules secondaires dans l'atlas et le poumon. Telle est l'observation de Tommasi, où les ganglions de la dure-mère, la plèvre, les poumons, les reins, les ovaires, le péritoine sont infectés secondairement par le processus néoplasique.

Il est intéressant de noter aussi, une transformation particulière de ces tumeurs. Il peut arriver en effet, que

1. Première observation de Malassez.

le cylindrome produise tardivement l'ulcération des téguments. Il présente alors tout à fait, l'aspect des ulcères cancéreux de la face.

L'Étiologie de ces néoplasies est encore obscure comme celle du reste des épithéliomes en général, aussi nous ne nous y étendrons pas.

Disons, cependant, que la plupart du temps un traumatisme est le point de départ d'un cylindrome chez un individu prédisposé. Ainsi dans notre observation le malade voit apparaître un noyau dur à la suite d'un coup de caillou. Dans celle de Poncet, c'est un frottement répété qui fait naître le néoplasme, etc.

Nous voyons aussi dans une autre observation, un cylindrome s'établir à la suite d'un phlegmon provoqué lui-même par l'introduction dans l'œil d'un épi de blé.

L'âge, comme d'habitude, lorsqu'il s'agit des épithéliomes en général, semble en voir une influence assez nette sur la pathogénie des cylindromes.

En effet, dans les diverses observations, ces néoplasmes apparaissent rarement avant 30 ans, plus fréquemment à cet âge, mais bien plus souvent à une époque plus reculée.

Ajoutons, pour être complets, que la plupart du temps, les cylindromes ne sont pas accompagnés d'engorgement ganglionnaire. Ce n'est que à la période ultime de la maladie, ou bien lorsque le néoplasme a des tendances très nettes à la généralisation que les ganglions sont envahis secondairement.

CHAPITRE IV

Les signes cliniques qui appartiennent aux cylindromes sont communs à un grand nombre de tumeurs, soit bénignes, soit malignes. Il est donc difficile, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une néoformation quelconque de prévoir si l'on aura affaire à un cylindrome. Dans certains cas cependant, le chirurgien peut préjuger en quelque sorte de la nature d'une tumeur. Dans notre observation par exemple où le diagnostic clinique de sarcome avait été posé ou pouvait, étant donnés l'âge avancé du malade ainsi que les caractères du néoplasme, penser à la rigueur à un cylindrome. L'examen histologique seul permet de résoudre d'une façon certaine la difficulté. Il semblerait cependant *a priori*, qu'il y a intérêt de poser un diagnostic précis avant toute intervention opératoire. En réalité la question est peu importante. Comme nous le verrons plus loin, une opération large et précoce est indiquée dans ces cas particuliers. Mais nous savons que le chirurgien, dans la plupart des circonstances, lorsqu'il s'agit de tumeurs, a le devoir de faire ces ablations aussi complètes que possible. Tumeurs bénignes ou malignes ne peuvent que bénéficier de cette manière d'agir. Si donc l'étude histologique de la pièce, établit qu'on se trouve en présence d'un cylindrome, le praticien n'aura rien à re-

gretter au point de vue de son intervention, mais il pourra préciser son pronostic.

D'une façon générale le pronostic des cylindromes est relativement favorable.

Voici un malade que nous avons opéré d'une tumeur de ce genre. L'examen histologique a bien établi que nous avons eu affaire à un cylindre. Avant de porter un pronostic quelconque nous devons examiner les deux points suivants :

1° Quels étaient les caractères cliniques et même microscopiques du néoplasme ? 2° Quelle a été l'opération ?

Nous savons, en effet, que toutes les fois qu'on a eu à intervenir dans les cas de tumeurs uniques, les chances de guérison ont été plus grandes. Peut-on expliquer ce fait en disant que cette variété est par essence d'une plus grande bénignité, comme par exemple les kystes uniloculaires de l'ovaire par rapport aux multiloculaires qui sont plus malins ? Ou plutôt, le chirurgien risque-t-il moins de laisser des parties malades en opérant une masse unique ? Les deux propositions sont admissibles. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce sont les tumeurs multiples qui récidivent le plus souvent.

Pour ne citer qu'un exemple nous rappellerons que les cylindromes de l'orbite si fréquemment multiples récidivent d'une façon désespérante. Le cas de Busch est remarquable à ce point de vue (huit récidives en 6 ans) (1).

Du reste, Malassez, en divisant les cylindromes en trois

1. Busch (w). V. *Index bibliog.*

catégories, nous amène à porter un pronostic différent, selon la classe à laquelle appartient la tumeur qui nous occupe.

Tantôt nous trouvons une tumeur unique. Dans ce cas, il y a un centre unique de formation, le néoplasme se développe sur place, sans infection à distance. D'autres fois, à côté d'une masse principale, naissent plusieurs noyaux, d'un moindre volume. Il est évident qu'ici il se fait en outre un envahissement colonial.

Enfin, on rencontre dans d'autres circonstances, des nodules plus ou moins isolés les uns des autres et à peu près du même volume.

Il est clair ici que l'envahissement est bien plus marqué et peut-être même n'y a-t-il aucun centre de formation primitive.

On voit par là combien devra être plus complète l'opération dans les deux dernières variétés. Et comme malgré toute l'habileté du chirurgien, il peut rester quelque noyau microscopique le pronostic devra en être d'autant plus réservé.

Sur l'ensemble des cas de cylindromes que l'on a observés les statistiques ont établi que les récidives avaient lieu dans le $\frac{1}{6}$ des cas, que les généralisations étaient encore plus rares et se produisaient une fois sur 20. Nous faisons cependant des réserves sur ces chiffres, car il faut tenir compte que souvent on ignore ce que deviennent les malades qui ont été opérés.

Quoiqu'il en soit, le pronostic des cylindromes est bien moins sombre que celui des épithéliomes proprement dits.

Il y a donc le plus grand intérêt à détruire par une opération radicale tous les noyaux susceptibles de produire une récurrence. On aura d'autant plus de chances d'obtenir un heureux résultat que l'intervention sera faite à l'époque la plus rapprochée du début de l'affection. Opération large et précoce telle est l'indication générale qui doit guider le chirurgien en présence d'un cylindrome.

Nous avons vu qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer cliniquement un cylindrome. Mais comme la règle énoncée plus haut est indiquée toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur maligne ou autre, cette ligne de conduite ne pourra en aucune façon être préjudiciable au malade, si l'examen histologique n'établit pas que la tumeur est un cylindrome. A plus forte raison conseillerons-nous l'intervention radicale lorsque le néoplasme paraîtra nettement encapsulé. Tillaux en conseille l'ablation et cela le plus rapidement possible. Ces tumeurs en effet grossissent parfois avec rapidité, elles amènent à la longue des déformations et une gêne notable, en outre elles peuvent s'ulcérer et même subir des transformations de mauvaise nature. Il est évident que si le microscope nous montre, après opération, qu'une telle tumeur est un cylindrome, nous aurons d'autant moins à regretter notre conduite.

Est-ce à dire qu'il faille opérer toutes les fois qu'on se croit en présence d'un cylindrome, autrement dit faut-il opérer tous les cylindromes ? Nous dirions sans hésiter oui, s'il était prouvé qu'une opération des plus minutieuses fût capable d'enlever tous les noyaux, de ne laisser aucune parcelle néoplasique. Malheureusement, il est des cas où la multiplicité des tumeurs ne permet pas

d'espérer un tel résultat. Le trauma opératoire, pourrait bien chez ces malades, donner le coup de fouet amenant une généralisation rapide, dans ces néoformations qui semblent se rapprocher en cela des *noli me tangere* (Malassez).

OBSERVATION I (personnelle).

Ch...Jean, 56 ans, cantonnier. Salle Cloquet. Entré le 20 juillet 1898. (Hôpital Saint-Louis). Service du Dr Bazy. (N° du registre, 550).

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

Le malade est atteint d'une tumeur de dimension assez forte (volume des deux poings environ).

Au dire de Ch..., il y a un an, à la suite d'un traumatisme (coup de caillou) apparut une grosseur à l'angle formé par les branches montante et transverse du maxillaire inférieur gauche. Au début, elle avait à peu près le volume d'une noisette.

Depuis cette époque, la tumeur a grossi sans cesse pour arriver aux dimensions actuelles. Elle occupe aujourd'hui tout le côté gauche, depuis la partie moyenne de l'oreille jusqu'à la région sous-maxillaire.

Le malade prétend souffrir de sa tumeur, la nuit surtout. Toutefois, les douleurs se faisaient sentir aussi pendant le jour, il y a deux mois environ.

A la palpation, on constate de la douleur, mais elle est tout à fait supportable.

Au point de vue de la consistance, on a l'impression de durété, surtout vers le haut.

A la partie inférieure, en particulier du côté du menton, on constate de la mollesse, il y a là une apparence kystique.

La tumeur est lisse, régulière, sensiblement sphérique, sans bosselures.

Elle paraît adhérente à l'os, surtout à la région supérieure. En effet quand on mobilise le maxillaire intéressé, le néoplasme suit tous les mouvements de ce dernier. Cependant malgré cette adhérence, la portion interne du maxillaire n'est pas touchée ; la tumeur s'est donc probablement développée aux dépens de la partie externe. Etant donnés ces caractères, tout en faisant des réserves, M. Bazy pensa qu'on se trouvait en présence d'un sarcome sous-périostique.

Opération faite par le D^r P. Bazy. — Incision cutanée passant par le grand axe de la tumeur et aboutissant un peu en avant, à deux centimètres au-dessous du lobule de l'oreille. Dissection de la peau, de la partie inférieure à la partie supérieure. On cherche à voir si le néoplasme est formé aux dépens du maxillaire, ou simplement sous-périostique. Dans ce but, vers son extrémité interne, on rase un peu la tumeur comme si on voulait la séparer du périoste. Cette manœuvre amène l'ouverture d'un kyste contenant du sang caillé, couleur scépie. On pénètre ainsi dans une cavité dont le fond est constitué par l'os raboté, épineux (aiguilleux).

Il est manifeste que la tumeur est primitivement osseuse.

Résection du maxillaire inférieur. A cette fin, on fait un petit trou à la muqueuse buccale au niveau du bord supérieur du maxillaire inférieur.

On passe la scie à chaîne, après avoir essayé en vain de le sectionner à la pince de Liston. On cherche alors à faire basculer la tumeur en dehors en sectionnant la muqueuse buccale

et le tissu cellulaire de la région sous-maxillaire. L'os se rompt. On continue ce mouvement de bascule néanmoins, et en l'exécutant on s'aperçoit que la tumeur occupe toute la fosse rétro-maxillaire, pénètre dans la fosse zygomatique. Le pterygoïdien interne et les masséters sont détruits par la néoplasie.

On ferme la cavité buccale, après avoir enlevé complètement la tumeur. Du côté des muscles temporal et pterygoïdien interne, la délimitation était moins nette que du côté de la peau et de la muqueuse buccale.

L'opération ayant parfaitement réussi, le malade sort de l'hôpital dans les premiers jours d'août 1898.

La pièce portée à la faculté est examinée par MM. Brault et Decloux, qui après étude histologique portent le diagnostic de cylindrome. Voici, du reste, la note présentée à ce sujet à la Société anatomique (1) (Séance du 27 janvier 1899). On a rap-



Cylindrome de la région parotidienne.
(Observation personnelle).

1. *Presse médicale*, n° 8, 28 janvier 1898.

proché de notre observation, celle de MM. Barozzi et Lesné et de Péan (1). Les deux premières sont consignées dans notre thèse. Les lignes suivantes se rapportent à ces trois cas :

Trois cas de cylindrome de la région parotidienne. — « La nature de ces tumeurs paraît nettement établie, quand on soumet les coupes à la coloration par la thionine, qui fait une élection très nette sur les masses ovoïdes du tissu conjonctif muqueux.

Ces masses sont colorées en rose vif, tandis que les cellules avoisinantes conservent une coloration bleu intense.

Sur certaines préparations, on voit des tubes épithéliaux affectant la disposition des conduits excréteurs des glandes, entourés par une membrane de tissu conjonctif formant gaine et présentant une coloration identique à la précédente. Il paraît certain d'après cela, que les parties roses sont bien des dépendances du tissu conjonctif; les éléments repoussés par ces masses paraissent au contraire nettement épithéliaux. »

Nous avons eu le 30 janvier 1899, des nouvelles du malade: il était dans un état satisfaisant.

L'analyse des préparations de ces trois observations appuyée sur la technique sus-indiquée, confirme donc l'explication proposée autrefois par M. Malassez, et semble contraire à l'idée des auteurs allemands adoptée récemment par M. Curtis (de Lille).

1. (Nous n'avons pu retrouver cette observation).

OBSERVATION II

Observation recueillie par M. E. Loison, interne des Hôpitaux.

(Bull. de l'Académie de médecine). Octobre 1899.

Résumée en partie.

Antoine O... 53 ans, cultivateur, entre dans le service de M. le professeur Poncet le 15 décembre 1888.

Les antécédents héréditaires ne nous présentent rien de bien intéressant, son père est mort à 68 ans, sa mère à 64.

Ni l'un ni l'autre n'avaient eu de tumeur ou d'affection analogue à celle qui amène aujourd'hui ce malade à l'Hôtel-Dieu. Plusieurs frères, tous en bonne santé; aucun d'eux n'a jamais été porteur de loupes. Le malade s'est marié à 27 ans, sa femme se porte bien, elle n'a jamais rien eu de semblable à la maladie présentée par son mari. Trois enfants, deux filles et un garçon en bonne santé. A 20 ans le malade contracte la fièvre typhoïde. Un an après environ, il vit apparaître sur le front, immédiatement au-dessous du cuir chevelu, deux petites tumeurs dures, non douloureuses à la pression.

Depuis cette époque il s'en est constamment produit de nouvelles; et aujourd'hui encore on en trouve de très petites dont l'apparition ne date que de quelques mois. Leur volume et leur nombre augmentèrent peu à peu; elles envahirent non seulement le cuir chevelu, mais la peau du tronc et celle des membres, et, il y a 15 ans, le malade âgé alors de 38 ans demanda son admission à l'hôpital, quelques-unes de ces tumeurs s'étant altérées et étant devenues douloureuses, il fut reçu dans le service de M. Gaget. Ce chirurgien enleva cinq de ces tumeurs

situées à la partie inférieure de la face latérale gauche du thorax, vers la région splénique.

C'étaient les plus grosses : elles avaient à peu près le volume d'un œuf de poule. Le malade ne consentit pas à d'autres ablations et demanda sa sortie.

Rentré chez lui, il vit ses tumeurs continuer à croître en nombre et en volume, quelques-unes s'ulcérèrent et il se décida à revenir à l'Hôtel-Dieu, il y a neuf ans ; il entra dans le service de M. Daniel-Mulrière, qui lui enleva trois de ces tumeurs les plus volumineuses, une à la région mastoïdienne gauche et les deux autres au sommet du crâne. Cette ablation avait été pratiquée sans anesthésie. Le malade refusa toute nouvelle intervention et préféra quitter l'hôpital. Depuis quelque temps, une de ces tumeurs qui siègent sur le thorax et plusieurs de celles qui sont sur la tête se sont ulcérées et sont devenues douloureuses, le malade est forcé de revenir à l'Hôtel-Dieu, pour la 3^e fois le 15 décembre 1888.

Le nombre de ces tumeurs est considérable, le cuir chevelu seul en présente plus de 60, mais il y en a beaucoup sur le dos, la poitrine et plusieurs sur la face etc. Elles recouvrent totalement le sommet de la tête, à ce niveau elles sont tellement serrées, qu'elles ont pris un contour polygonal par pression réciproque. Les plus grosses ont le volume d'un œuf de poule, mais leur contour irrégulier, leur surface bosselée, leur forme plus ou moins aplatie, les cicatrices blanchâtres que quelques-unes présentent, font qu'elles ressemblent à des tomates ou à des pommes de terre entassées.

Quelques-unes, les plus volumineuses généralement, présentent à leur surface des ulcérations recouvertes de croûtes mélicériques ; les mêmes croûtes se retrouvent dans les plis pro-

fonds qui séparent deux tumeurs voisines, l'ensemble répand une odeur fade de fermentation épithéliale et graisseuse, qui est repoussante ; cette odeur est assez infecte pour gêner beaucoup les personnes qui approchent le malade, malgré les désinfectants que l'on peut employer ; c'est une des raisons pour lesquelles il s'est décidé à revenir à l'hôpital.

La couleur de ces tumeurs est d'un rose violacé, parsemé de quelques lignes cicatricielles blanchâtres. Leur consistance est molle, la fluctuation n'existe pas franchement, la peau n'est mobile que sur leurs bords, toutes sont adhérentes à leur milieu ; elles sont mobiles sur les parties profondes. Quelques mèches de cheveux agglutinés sortent de leurs interstices. Les ganglions cervicaux sont durs et volumineux en arrière des muscles sterno-mastoïdiens.

Ces tumeurs sont le siège de démangeaisons très vives ; le malade les gratte constamment et les fait saigner fréquemment ; elles ne sont pas douloureuses excepté celles qui sont le siège d'ulcérations.

Une des plus anciennes et des plus ulcérées plus ou moins étendue, siège sur le côté gauche du thorax, au niveau des fausses côtes ; elle fut il ya deux ans, traversée par une branche de bois dans une chute que fit le malade du haut d'un arbre, il en sortit des grains blancs, dit-il, analogues à de la semoule et un peu de chair pourrie ?, mais pas de liquide.

Le malade conserve un état général excellent, il n'a pas de teinte cachectique, il a conservé toutes ses forces, il exerce aussi bien que jamais son pénible métier de cultivateur, son appétit est plutôt exagéré que diminué, et la sœur de service est toujours obligée d'ajouter pour lui un supplément de nourriture à la portion ordinaire.

Les urines ne contiennent rien d'anormal, elles ne renferment notamment ni sucre ni albumine.

Rien de pathologique à noter du côté des fonctions circulatoires et respiratoires ni du côté des organes des sens. Cependant le malade est un peu sourd, il raconte qu'il est un peu « dur d'oreille » depuis sa fièvre typhoïde. Son séjour dans le service où il a subi deux opérations, s'est prolongé jusqu'en février 1889.

Dans la première séance opératoire, M. le professeur Poncet lui enleva, après anesthésie, la tumeur du côté gauche du tronc qui était la plus douloureuse de toutes, et quatre autres tumeurs parmi les plus volumineuses siégeant sur la face postérieure du thorax.

Après la cicatrisation complète de ces premières plaies opératoires on lui enleva dans une seconde séance trois des tumeurs siégeant derrière l'oreille gauche : c'étaient celles dont le malade tenait le plus à être débarrassé.

L'ablation de ces tumeurs du tronc et de la tête fut assez laborieuse, il fallut les sculpter dans les tissus environnants, avec lesquels elles avaient contracté de nombreuses adhérences.

L'hémorrhagie fut assez difficile à arrêter et on fut obligé de laisser plusieurs pinces à demeure dans la plaie du cuir chevelu ; néanmoins la cicatrisation s'opéra assez rapidement sous des pansements antiseptiques ordinaires, et le malade demanda sa sortie de l'hôpital pour retourner dans sa famille, où sa présence était, paraît-il, indispensable.

Les tumeurs enlevées étaient formées par un tissu très friable, de couleur grisâtre. En râclant la coupe avec un bistouri on en détachait des grains blanchâtres, comme des grains de semoule. Toutes avaient un contenu solide et ne ressemblaient

pas à des kystes sébacés ordinaires, de date plus ou moins ancienne.

L'examen microscopique fut fait à la Société de médecine, dans les laboratoires de MM. les professeurs Renaut et R. Tripiér par MM. Bard et Ch. Audry. Il montra que l'on avait affaire à des épithéliomes. Mais les amas épithéliaux étaient parsemés d'espaces transparents, colloïdes, effectant tantôt la forme sphérique et tantôt la forme cylindrique. Sur certains points des préparations ces espaces colloïdes ressemblaient complètement aux corps oviformes, avec leur pédicule adhérent à la paroi conjonctive, que Robin a décrits dans les tumeurs hétéradéniques, et dont Malassez a donné une excellente description en 1883 dans son étude sur les cylindromes (*Archives de physiologie*).

Sur d'autres points, le processus de dégénérescence, étant plus actif que le processus épithéliomateux, les portions épithéliales n'apparaissent sur les coupes que comme des traînées festonnées limitant des espaces clairs qui ne sont autre que les corps oviformes augmentés de volume et confluent. Nous sommes donc en présence de tumeurs épithéliales sur lesquelles se greffe un processus de dégénérescence myxomateuse.

En outre le nombre considérable de ces néoplasmes, leur groupement en corymbes serrés sur différents points du tégument, ont fait songer à la possibilité de leur nature parasitaire. Nous en avons confié plusieurs à M. Gabriel Roux, en le priant de les examiner à ce point de vue. Voici la note qu'il a bien voulu nous donner :

« Les tumeurs enlevées par M. le professeur Poncet ont été mises en culture dans divers milieux nutritifs (bouillon de bœuf peptonisé, gélatine peptone, agar glycériné).

Les ensemencements ont été faits à la surface et dans la profondeur. Dans aucun cas, bien que les cultures aient été conservées pendant longtemps, il n'y a eu *aucun résultat positif*.

L'examen microscopique fait immédiatement par les procédés bactérioscopiques et après coloration a du reste été *absolument négatif*.

OBSERVATION II.

Cylindrome ayant débuté dans la région sous-maxillaire gauche. (Par MM. Barozzi et Lesné, internes des hôpitaux). (Bull. de la Soc. anat. 1897 page 266).

Il s'agit d'une femme de 46 ans, exerçant la profession de marchande de fleurs, entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, pour un néoplasme occupant la moitié gauche de la face, du cuir chevelu et de la partie supérieure de cou. Cette tumeur aurait débuté, il y a 12 ans, par une nodosité, grosse comme une noisette, et située affirme la malade, dans la région sous-maxillaire gauche ; elle aurait augmenté rapidement de volume et atteint dans l'espace de 6 semaines le volume d'un gros œuf.

En ce qui concerne la suite de cette histoire, il est fort difficile d'obtenir de la malade des renseignements un peu précis : tout ce qu'on peut tirer d'elle c'est que sa tumeur a été opérée six fois et que six fois la récurrence s'est produite. La dernière intervention remonterait à environ quatre ans. Depuis cette époque, cette femme n'a plus eu recours à l'intervention chirurgicale. Aujourd'hui, l'aspect de cette malheureuse est véritablement terrifiant ; la tumeur forme une masse monstrueuse

qui s'étend dans le sens vertical, depuis le bord supérieur de l'oreille gauche, jusqu'à la partie moyenne du cou, et dans le sens transversal, depuis les lèvres jusqu'à la nuque ; en d'autres termes, le néoplasme forme une masse mamelonnée qui couvre : la moitié gauche des lèvres supérieure et inférieure, toute la joue gauche, y compris la région maxillaire et la région sus-hydoïdienne ; elle descend en bas jusqu'à la partie moyenne du cou, s'étend en arrière sur toute la nuque et remonte en haut jusqu'à la partie moyenne de la région temporale ; l'os maxillaire inférieur est envahi dans sa totalité ainsi que les gencives, la face interne de la joue et la partie correspondante du plancher buccal ; le maxillaire supérieur, la langue et la voûte palatine ainsi que le voile du palais sont indemnes.

La tumeur se présente sous la forme d'une masse mamelonnée dont les saillies, d'inégale grosseur, sont séparées par des sillons profonds, encombrés de cavités et de dépôts sanieus ; sa consistance est très dure, mais d'une friabilité assez considérable ; elle saigne facilement et exhale une odeur d'une fétidité repoussante.

Le côté droit de la tête et du cou n'offre, en apparence, rien d'anormal. Pas de troubles du côté de la respiration et de la déglutition ; mais en revanche la mastication est devenue à peu près impossible. L'état général est très compromis.

Autopsie. — Nombreux ganglions infiltrés autour des vaisseaux du cou et au devant de la trachée ; quelques noyaux cancéreux dans les deux poumons. Les autres viscères n'ont rien de pathologique.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un cylindrome variété de myxo-épithéliome. Les coupes incluses

en paraffine après fixage par le sublimé acétique ont été colorées, les unes à la thionine, les autres à l'hématéine et fuchsine acide picriquée. On y voit très nettement le tissu épithéliomateux pénétré de bourgeons myxomateux. Les corps oviformes de Robin y apparaissent très nettement et sont formés de tissu muqueux ; quelques-uns contiennent des vaisseaux ; du tissu conjonctif entoure les îlots de myxo-épithélioma et contient une grande quantité de vaisseaux gorgés de sang.

Nous croyons devoir signaler une observation toute récente qui a été publiée à la Société anatomique (le 31 mars 1899) *Presse Médicale*, n° du 1^{er} avril 1899.

OBSERVATION IV

Cylindrome de la paupière inférieure.

MM. Druault et Miliau présentent des préparations histologiques d'une petite tumeur de la paupière inférieure enlevée chirurgicalement chez une femme de 72 ans. Cette tumeur offrait tous les caractères de l'épithélioma cutané ; elle évoluait depuis deux ans, ulcérait le bord de la paupière, mais sans en dépasser les limites latérales. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire. Les préparations montrent qu'il s'agit d'un cylindrome. Deux points histologiques à noter : 1° on voit parfaitement, en des régions différentes la continuité de l'épithélium pavimenteux épidermique avec les boyaux épithéliaux de la tumeur ; 2° les corps oviformes sont formés, les uns de tissu

conjonctif fibreux, les autres de tissu conjonctif muqueux. Les colorations faites à la thionine, comme le conseillent MM. Brault et Decloux, montrent les corps oviformes fibreux colorés en rouge vif; les corps oviformes muqueux ne présentent que quelques filets rougeâtres.

CONCLUSIONS

1° Les objections qui ont pu être faites n'autorisent pas à l'heure actuelle à considérer certains cylindromes comme tumeurs non épithéliales.

Il reste vrai que le cylindrome est exclusivement un « Epithéliome alvéolaire à envahissements myxomateux » (Malassez).

2° Le diagnostic clinique de ces tumeurs est jusqu'ici sinon impossible, du moins très difficile. Seul l'examen histologique permet de résoudre le problème d'une façon certaine.

3° Malgré l'incertitude de ce diagnostic clinique, le chirurgien ne se contentera pas d'une intervention palliative, mais il fera une ablation radicale. Une opération large et précoce est en effet indiquée toutes les fois qu'on se trouve en présence de ces néoplasmes. De plus, cette ligne de conduite ne peut être, en aucune façon préjudiciable au malade, dans le cas où la tumeur ne serait pas un cylindrome.

4° Les tumeurs uniques nettement encapsulées sont celles dont le pronostic est le plus favorable. Plus les noyaux secondaires sont multiples, plus il y a des chances de récurrence et de généralisation.

5° Il est préférable de s'abstenir de toute intervention sanglante chez les malades qui présentent une tendance marquée aux localisations multiples. Le trauma opératoire est susceptible dans ces conditions de donner le coup de fouet prélude d'une généralisation rapide ; et ces tumeurs semblent pouvoir être considérées comme des *noli me tangere*.

6° Les cylindromes sont considérés comme des néoformations d'une demi-malignité récidivant dans les 1/6 des cas, et se généralisant une fois sur vingt. Cependant, on pourrait objecter que ces données sont peut-être inexactes, les malades n'étant pas généralement observés jusqu'au bout.

Vu par le Président de la thèse

TILLAUD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. AIEVOLI. — Su la dottrina dei cilindromi. Incurabili, Napoli 1894, IX, 61, 150, 220, 265.
2. Bulletin de l'Académie de médecine. Oct. 1889.
3. Bulletin de la Soc. anatomique. Mars 1897, p. 266.
4. Bulletin de l'Académie de médecine et congrès de l'assoc. française 1880.
5. BUTLIN. — Round celled sarcoma with hyaline degeneration (cylindroma) of the popliteal space (Transact. of the path. Soc. of London 1881, t. XXXII, p. 210-211, p. 29.
6. BABES. — Cilindromul Romania ??
7. BRUCH. — Diagnose der bösartigen Geschwülste. (Mainz, 1817).
8. BRAULT et DECLoux. — Bull. de la Soc. anatomique, 1898-1899.
9. BRAULT. — Archives de médecine 1885, p. 481.
10. BUSCH (W.). — Extirp. von Geschwülsten in der Augenhöhle (Chirurg. Beobachtungen. Berlin, 1854, p. 4-21 avec figures sur bois).
11. BILROTH (Th.). — Untersuchungen über die Entwicklung der Blutgefassen (Berlin, 1856).
Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen (Virch. Ann. 1859, t. XVII. p. 317. 375, pl. 7. 9.)
— Ueber einige eigenthümliche gelatinöse Dégénération der Klenhirnrinde nebst einigen Bemerkungen über die Beziehungen der Gefasserkrankungen zur chro-

- nischen Encephalitis (Arch. d. Heilkunde, 1862. t. 3. p. 47-62).
12. BOETTCHER. — Über structur und Entwicklung der als
« Schlauchknorpelgeschwulst, Cylindroma, etc. », be-
kannten Neubildungen (Virch. Arch. 1867, t. XXXVIII,
p. 400-428, pl. 14 et 15) (item, t. XLII, p. 300-304).
13. BIRCH HIRSCHFELD. — Zur Cylindromfrage ueber eine eigen-
thümliche Gefassgeschwulst der Bauchhöhle. (Arch.
de Heilkunde, 1871. t. XII p. 167-186).
14. BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du palais. Revue de
chir. Par., 1897, p. 361, 470, 551.
15. CURTIS et PHOCAS. — In Archives provinciales de médecine
1^{er} fascicule (janvier 1899). Contribution à l'étude des
tumeurs mixtes de la parotide, p. 7 à 45.
16. CIRINCIONE. — Contribuzione allo studio dei cilindroni sior
d. ars.
17. CYLINDROME DE LA DURE MÈRE. — Revue des Sc. médicales
44, p. 58.
18. CYLINDROME. — Reference hand book of de Medical scien-
ces. Vol. II.
19. — CZERNY. — Plexiforme myxosarcome aus der orbita
(arch. f. Klin chirurg. 1889. t. XI p. 234-241. pl. 3 fig.
3, 4, 5.)
20. DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. Tome I.
21. DAGONET. — (Report). Archives de médecine experi. IV. 3.
22. ENGEL. — Die Krankhaften Geschwülste überhaupt und die
fibrosen Geschwulste insbesondere. (Zeitschr. der
Wiener Aerzte, 1846. t. 2).
23. FOERSTER. — Supplément zum Atlas der mikroskopischen
pathologischen anatomie 1856 p. 47-51, pl. 30.
24. DURANTE. — Cy. caso di cylind. e presentazione dei prépa-

- rati microscopi relativi Bull. d. r. Acad. med. di Roma
1885. Xi 178-181.
25. FRIEDLANDER. — Ueber Geschwülste mit hyaliner Degeneration und dadurch bedingter netzförmiger Structur. (Virch. Arch. 1876, t. LXVII, p. 181-196 pl. 4).
26. FRIEDRIECH. — Zur Casuistik des Neubildungen (Virch. Arch. 1863, t. XXVII, p. 375, 388, pl. 8 et 9).
27. GANGUILLET. — Cylindrom des Conus medullaris. (Dissert. inaug., Berne, 1877).
28. GROHE. — In: Lehrbuch der chirurgie von Bardeleben (t. 1, p. 510).
29. GRAEFE. V. — Zur casuistik der Tumoren. Cylindroma. (Arch. f. ophtalm., 1864, t. X, p. 184, 193).
30. HAUDFORT. — Cy carcinomatodes Brit. M. S. London, 1889, i, 776 et an Thi.
31. HENLE. — Röhrengeschwulst siphonoma, einen eue Art pathologischer Geschwülste (Zeitschrift f. rat. med., 1845, t. 3, p. 130-136, pl. 2, fig. 4, 10. Ueber siphonoma. (Idem p. 319-320).
32. HESCHL. — Ueber der cylindrom der Lunge. (Wiener med. Wochenschrift, 1867, n° 17, p. 385, 300 avec fig.)
33. Index catalogue. — N° 3, p. 1094.
34. JAFFÉ. — Zur Kenntniss der gessareichen Sarkome (Arch. f. Klin. chirurg. 1874, t. XVII p. 91, 107).
35. JAKOWENKO. — Zurfrage über die natur der Mischgeschwulste de Carotis. Inaug. Dissertation, Wurzburg 1897.
36. KOLACZEK. — Ueber das angio-sarkom. (Deutsche Zeitschr. f. chirurg. 1878 IX p. 1, 48 et p. 165, 227 pl. 1, 2, 3. 4 idem (1880 t. XIII pl. 1, 23 pl. 1, 2.
37. KOCHER TH. — Zur kenntniss ser pulsirenden Knochengeschwulste nebst Bemerkungen über hyaline degeneration resp. Cylindrome. (Virch. arch. 1868, t. XXXIV p. 311, 324, pl. 10, 11).

38. KÖSTER. — Cancroïd mit hyaliner Degeneration, cylindroma Bilroth's. (Virch. arch. 1867, t. XXXX p. 468, 504, pl. 10 à 12.
39. KAMM. — De Siphonomate Vesicæ (Wurzbourg, 1848).
40. LARABRIE (DE). — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale (Archives générales de médecine, Par. 1890, p. 537 ; 677).
41. LE DENTU et DELBET. — Tome I, p. 749. Traité de chirurgie.
42. LEBERT. — Traité d'anato-patho., texte t. I, p. 348. Atlas, t. I, planches 49 et 50.
43. LORAIN et ROBIN. — Sur deux nouvelles observations de tumeurs hétéradéniques et sur la nature du tissu qui les compose (Mem. Soc. Biologie, 1854, p. 209-221).
44. LUBARSCH (O.). — Ueber die Geschwulst bezeichnung Cylin from. Arch. f. path. anat., (etc.). Berlin 1890, CXXII, 373.
45. LOWENBACH. — Beitrag sur Keuntniss der Geschwülste der Submaxillare Speicheldrüse. Virchow's. Archiv. Berl., 1897, p. 73.
46. LUCKE. — Ueber Geschwulste mit hyaliner Degeneration (Virch. Arch., t. XXXV, p. 530-538, pl. 1).
47. MATHAN. — Essai sur les tum. hétéradéniques. (Thèse de doct. Paris, 1863.)
48. MAIER. — Beitrag zur cylindrom-frage (Virch. Arch. 1858, t. XIV, p. 270-281).
49. MALASSEZ. — Sur le cylindrome (arch. de physiologie Paris, 1883, p. 123, 186, 476).
50. MAURER. — Ein Beitrag zur Kenntniss der angio-sarcome (Virch. Arch. 1879, LXXVII, p. 346-363, p. 19).
51. MAC-CARTHY. — Tumour of face plexiform sarcoma (transact, of the path. soc. of London 1880, t. XXXI, p. 256-258, pl. 13 et 14.

52. MECKEL. H. — Ueber Knorpel Wucherung Schlauch.
Knorpel Geschwülst (Annalen der charite Krankenhau-
ses. Berlin 1856, t. VII, p. 96-115, pl. 2-3).
53. ORDONEZ. — Sur les tumeurs appelées hétéradéniques
(comptes rendus de l'Académie des sciences, 4 juin 1866,
p. 403).
54. NEUMANN (E). — Zur Casuistik der Myxome und cylindrome
(arch. de Heilkunde 1868, t. IX, p. 480-486).
55. OESTERLEN. — Jahrb. f. prakt. Heilkunde, 1845.
56. PAGENSTECHER. — Beitrag zur Geschwulstlehre (Virch. Arch.
1869. t. 45, p. 493-500).
57. PAQUET et G. HERMANN. — Sur un cas d'épithéliona de la
glande de Méry. Tumeurs hétéradéniques à corps
formes cylindrome). Journal de l'anatomie et de la phy-
siologie 1884.
58. PASTEAU. — Thèse n° 107 (1898), obs. 112.
59. PLANTEAU. — Contribution à l'étude des tumeurs de la pa-
rotide. Thèse Paris, 1876. n° 129.
60. POKATILOFF. — K. uchenion otsilindrome. 8° St.-Peterb.,
1874.
61. PEROCHAUD. — Recherches sur les tumeurs mixtes des
glandes salivaires. Thèse Paris, 1885. n° 167.
62. PONCET. — Revue de chirurgie 1890. (Cylindrome du cuir
chevelu).
63. ROBIN et LABOULBÈNE. — Sur trois productions morbides
non décrites. (Mém. Soc. Biologie 1853. p. 185-196 avec
planches).
64. ROBIN. — Sur la production accidentelle d'un tissu ayant la
la structure glandulaire dans des parties du corps dé-
pourvues de glandes. Mém. Soc. Biologie 1866. p. 91-114.
Résumé dans : Académie des sciences 1855, t. 40 p.
1365

- In extenso dans : Gazette hebdomadaire, 1856, p. 35, 52, 84, 123.
65. RINCK. — Ueber das cylindrom. Sitzungs-protocolle russ. Aertze cité par Rudnew dans Canstatt's Jahr., 1867, p. 289.
66. RINEK (A.). — Kucheniou ot silindrome 8, St-Peterburg, 1867, also in med. Vesnik St-Peterb, 1867, vii 141-153.
67. RUSTIZKY. — Epithelial Carcinom der dura mater mit hyaliner Degeneration (Virch. arch., 1874, t. LIV, p. 191-201, pl. 3, fig. 1-8.)
68. ROKITANSKY. — Handbuch der allgemeine pathologischen Anatomie, Wien, 1846, t. 1.
69. SATTLER. — Ueber die sogenannten cylindrom und deren Stellung ihm onkologischen system. Berlin, 1874.
70. STEUDENER. — Beitrage zur Onkologie (Virch. Arch., 1868, t. XXXII, p. 39-50, pl. 1 et 2).
71. TOUSSAINT. — Contribucion al estudio anatomo-patologico del cilindroma, gac. med. Mexico, 1894, XXXI, 430-441, 2 pl.
72. — TOMMASI. — Ueber die Entstehungsweise des Friedreich'schen Schlauchsarkoms (Virch. Arch., 1864, t. XXXI, p. 111-127, pl. 3-4).
73. THIERY. — Lille, 1888. Thèse.
74. VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, trad. franc., t. I, p. 336. item, t. I, p. 517-519. item, t. I, p. 164-166.
75. WALDEYER. — Die Entwicklung der carcinome. (Virch. Arch., 1872., t. LV, p. 133.)
76. WALDEYER. — Myxoma intravasculare arborescens funiculi spermatici, zugleich ein Beitrag sur Kenntniss des cylindroms (Virch. Arch., 1868, t XXXIV, p. 83-88.)
77. VON GRÆFE A. — Mittheilungen von Krankheits-fallen Tumoren. (Arch. f. Ophtalm., 1854, t. I, 420-424.

78. VON BANBEKE. — Acad. de médecine de Belgique, 17 avril 1895. (Semaine médicale, mai 1895).
79. WAGNER (E). — Die Combination von Krebs, Sarkom, und Drüsengeschwulst. Zwei Falle von Nierengeschwülsten ähnlich dem sogenannten, siphonoma, cylindroma, etc. (Arch. der Heil Kunde, 1881, vol. 1, p. 313-321.
80. WOLKMANN. — Ein neuer. Fall von cylinder-Geschwulst. (Virch. arch. 1857. t. XII p. 293-302. pl. 9.)
— Ueber endotheliale Geschwulst zugleich ein Beitrag zu der Speicheldrüsen und Gaumen Tumoren. Deutsche Zeitschrift. für Chirurgie Bd. 41 Heft. 13.
81. VON EWETSKY (Th.). — Zur Cylindromfrage arch. 1877, (t. LXIX p. 36-55. pl. 2 et 3.)
82. VERHOEF. — Quelques cas de tumeurs peu fréquentes. Ann. Soc. belge de chir. Brux. 1898-9-vi, 100-104.
83. ZIEGLER. — Anato-patho. Tome I. article cylindrome.

